

在宅訪問リハビリテーション制度の再構築

——介護保険サービスにおける地域展開と課題——

吉 原 亀 久 雄

要 旨

2006年の診療報酬改定で、わが国のリハビリテーションは、急性期と回復期、そして維持期の3段階に区分されて、急性期と回復期を医療保険、維持期のリハビリテーションは介護保険で対応する分離サービスとなった。そのため、維持期の療養者に対するアプローチは在宅訪問リハが効果的として、量的、質的充実に向けたシステム再構築が課題となったきた。

それは国の療養病床削減計画の進行が療養者の不安を強めてきて、それを安定化するための役割も担ってきたこともある。介護保険サービスによるその居宅支援リハには、在宅主治医とリハ専門職の連携が欠かせない。本稿は、その地域的展開を検討してデッサンした。

目 次

はじめに

1. 在宅訪問リハビリテーションの現状と役割
 - (1) 療養病床再編と地域包括ケアの混迷
 - (2) サービス提供形態変革の動向
 - (3) リハビリテーションの語源と法制の位置づけ
 - (4) 「維持期」リハも医療保険施設が継続してよいか
 - (5) 転換期における質と基準
2. 「維持期」リハの基本問題

- (1) 在宅重視の自立支援
 - (2) ICF理念の研究
3. 居宅リハ専門職の地域開業
- (1) 在宅リハセンター構想と医療施設
 - (2) リハ専門職の施設偏在
 - (3) 地域に根付くりハ資源確保へ
 - (4) 居宅リハ専門職の研修・教育
 - (5) 現行は看護業務の一環

むすび

はじめに

- 1 2006年4月の診療報酬改定で、わが国のリハビリテーション（以下「リハ」、「リハビリ」と略記する例がある）は、急性期と回復期、そして維持期の3段階に区分されて急性期と回復期を医療保険で対応し、その給付を終了した維持期のリハビリテーションは介護保険で対応するという区分に整理した大改定となった。その改定介護保険サービスでは、地域包括ケアの構築に向けた様々な仕組みが導入されている。一方、医療保険給付の「リハビリテーション」は今回、疾患別の評価体系に見直して、従来の療法別の項目区分を廃止して4つの区分体系¹⁾に再編し、患者の症状等を診断して4区分の1つの区分に限り算定するものとした。さらに、それらすべての診療区分に算定日数の上限をそれぞれ設けるとともに、急性期・回復期のリハは医療保険で、維持期リハは介護保険でというように、アプローチを区分したのは「措置から契約へ」の移行に伴う提供形態の変革の一つである。
- 2 こうした医療保険リハビリテーションの疾患別・算定日数の上限設定による新給付体系は、リハ受療者やその家族、提供する現場等へリハビリ給付に関する不安を招いたが、その一方ではリハビリテーション対応へ国民の期待を強めている。こうして06年改定を契機として、リハビリテー

ションのこれからの方向性とその課題が議論されており、さらに地域包括ケアの一環を担うリハビリテーションの動向に対する関心が高まってきた。国は38万床ある療養病床を2012年に15万床まで削減する療養病床削減計画にのり出しており、そのステージでは「医療難民」「介護難民」を生じるのではないかという不安も出ている。

- 3 療養病床削減計画の進展で、機能分化的に介護保険適用となった「維持期リハビリテーション」に関しては課題意識も高まってきた。たとえば生活圏におけるリハビリテーションを担って、いま偏在的に施設勤務しているリハ専門職たちが地域に開業することは出来ないか。在宅主治医や在宅療養支援診療所等との連携活動を要件としてクリアすることは当然である。本稿では、中核的役割に位置付けされてきた「在宅訪問リハビリテーション」の将来像を考えながら、立ち遅れたその再構築を図る制度設計を試みた。

1. 在宅訪問リハビリテーションの現状と役割

(1) 療養病床再編と地域包括ケアの混迷

医療制度改革関連法（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律：平成18年法律第84号）の柱である医療費適正化計画、そして医療計画、健康増進計画等の策定作業が08年4月に向けて都道府県で進行してきた。リハビリテーション等、介護保険制度改革の流れでは、2011年度の介護保険法改正に向けた介護療養型医療施設の廃止による療養病床の再編成が進行することで、地域における包括的ケア体制が喫緊の課題となっている。

05年の時点で約38万床あった医療保険適用と介護保険適用の「療養病床」を2012年までに15万床まで削減するという展開は、療養病床に入院中の患者家族の不安を強めるだけでなく、高齢化のさらなる進展を考えただけでも「地域包括ケア」の視点に立てば、きびしい地域環境となる。

熊本県の事例によると、熊本県療養病床施設連絡協議会が地域ケア体制整

備構想について「療養病床入院患者家族を対象とした療養病床の廃止・削減に関するアンケート調査」を実施している。

平成19年8月に県下全ての医療および介護療養病床に入院中の患者家族、約1万1000名を対象として調査した結果、対象医療機関の約65%から回答があり、対象患者の約35%の家族の意見が寄せられた。それによると、

- 1) 国の療養病床再編計画に関しては、約45%の家族が知っていたが、その理解の範囲に関しては不明である。
- 2) この計画について、家族が情報を入手する手段としては地域差が見られた。比較的、都市部は医療機関から直接得ることが多く、他の地域では新聞等の広報に依っていた。
- 3) 介護療養病床の廃止に関しては95%以上の家族が反対であり、国が言う医療必要性の低い患者が多く入院していると認識している家族の割合は6.4%に過ぎなかった。
- 4) 現在の病状・生活機能状態で自宅生活が可能であると判断される家族の割合は2.1%であり、83%が不可能と回答。
- 5) 療養病床再編に関して、殆どの家族から具体的な意見が寄せられた。

以上のアンケート調査の結果を踏まえて、「家族の声」として県行政へ届けている。²⁾

厚生労働省が07年4月に都道府県（担当）を集めて公表した医療制度改革の指針「今後の医療政策の検討の方向性」³⁾では、〈現状と課題〉として4つの柱をうち出しているが、その第4項には「在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進」を取り上げている。

その支援拠点としては、中心に在宅療養支援診療所、それをバックアップする病院、有床診療所、老健施設、特養施設など施設があるが、平成23(2011)年度末には、介護保険法改正による「介護療養型医療施設」が廃止される。07年以来、地域ケア体制の整備構想の策定は都道府県が担当して進めている状況であり、在宅療養の中核を担う形の在宅療養支援診療所は、地域の介護拠点とどう連携して暮らしを支えていくかが、後期高齢者（75歳以

上) 医療制度の創設 (08年 4月) に直面して都道府県の地域ケア体制の策定待ちにかかってきた。

こうした混迷の状況における療養病床再編問題で期待できるのは、やはり地域の介護拠点の整備である。それとどう連携して介護生活を支えていけるか、それがカギを握っていると言えるのではなからうか。

(2) サービス提供形態変革の動向

「措置から契約へ」の移行に伴うサービス提供形態の変革について、その特徴を三つの側面から論じた菊池⁴⁾によれば、①サービス利用に係る法関係の変化。②行政(地方公共団体)の役割の変化。③民間(施設・事業者)の役割の変化の三つの視点を特徴として論じてあるが、「リハビリテーション」に関して、目立つのは行政の役割の変化である。

たとえば、すでに改編を経てきたが老人保健法第12条(保健事業の種類)には第6項に「機能訓練」があった。医療等以外の保健事業である「機能訓練」は、実施基準で「40歳以上の者であって疾病、負傷等により心身の機能が低下しているもののうち、医療終了後も継続して心身の機能を維持回復するための訓練を行う必要のある者等を対象として行う」ことになっていたが、医療制度改革関連法の成立(2006年)によって、実施していた保健所は全国的に廃止している。介護保険法改正(2006年)に関連した提供形態変革の形である。

「機能訓練」を取り上げたのは改正介護保険法(平成9年、法律123号)であった。つまり、介護保険サービスに移行したわけである。

このように、行政(地方公共団体)の役割の変化は、措置制度の下でサービス提供主体であった市町村が、介護保険法や障害者自立支援法の下では、基本的にサービス費支払主体に移行している。民間(施設・事業者)の役割も変化した。つまり措置制度では、行政が行うサービス提供義務の受託者であった立場から、サービスの本来的提供主体へと移行している。

こうした改革では市場原理のメリットが提供するサービスに発揮されてい

るかどうか、選択の幅を持たない利用者としては、契約化の移行で欠かせないのは、①質の確保である。移行は、効果的（effectiveness）かの議論と検証。そして②利用者の権利擁護もある。

リハビリテーションに関しては、措置制度のサービスが良質で効果的に介護保険サービスに移行しているかどうか、が問われなければならない。その一つの視点としては2006年度の診療報酬改定がある。

例えば訪問リハビリテーションの評価に、言語聴覚士の訪問リハを新しく加えたのは好評を呼んだとしても、訪問看護ステーションからの理学療法士（PT：Physical therapist）、作業療法士（OT：Occupational therapist）、言語聴覚士（ST：Speech therapist⁵⁾による訪問看護は、1例ごとに看護職の訪問件数を超えてはならないと抑制されている。⁶⁾

訪問看護ステーションと並んで、訪問リハステーションが制度化していない状況で、2007年7月における訪問リハの利用者は4万4000人にすぎず、居宅介護サービス利用者268万人中の1.7%にあたる状況である（日本リハビリテーション病院・施設協会発表）。なぜ訪問リハ利用が極度に低調か。

2007年に日本リハビリテーション病院・施設協会⁷⁾が実施した訪問リハ実態調査（「地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業」）によると、全国の837施設から回答があり、訪問リハを実施している事業所では常勤換算で平均3.2名のスタッフを配置し、訪問リハ利用者は平均32名、訪問件数は平均114件（月）であった。訪問範囲は平均13.6kmで、この距離は訪問看護、訪問介護を大幅に上回るものであり、遠方の訪問が少なくなかった、という実績は見落してはならない。訪問リハ開始の契機となったのは「ケアマネージャー」が54%を占めており、「医療機関」は32%で医師よりも、ケアマネージャーから訪問リハの必要性が主張される傾向にあった、という調査となっている。

こうした「実態調査」⁸⁾を踏まえて、日本リハビリテーション病院・施設協会がまとめたこれからの課題が三つに示されている。

- (1) 訪問リハを実践するスタッフの人材と育成。教育研修体制の整備・強

化。

(2) 訪問リハのシステム整備。

(3) 訪問リハの拠点整備。「訪問リハステーション」の創設が必要。

以上は、医療保険による給付中の訪問リハをめぐる課題であり、介護保険による介護サービスの「訪問リハビリテーション」は、通院が困難な利用者に対して指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス基準第76条第1項）のPT、OT、ST（新規加入）が計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定するサービスだけ。

他に、いずれの基準にも適合する同指定訪問事業所による「リハマネジメント加算」「短期集中リハ実施加算」等が06年改定で新設されている。

在宅におけるリハビリテーションには現在、整理すると①医療保険による診療所、病院、介護老人保健施設における外来リハ、訪問リハ。訪問看護ステーションからの訪問看護。②介護保険による診療所、病院、訪問看護ステーション、介護老人保健施設からの訪問リハ、訪問看護、通所リハ、および介護療養型医療施設、介護老人保健施設からの通所リハが含まれている。介護保険下では、理学療法士等が訪問リハビリテーションを行うには、訪問看護ステーションからの派遣でなくては認められてはいない。しかし、訪問看護ステーションには看護職員（保健師、看護師、准看護師）が常勤2.5人以上必要とされているが、その中にPT、OTは含まれていない。指定訪問看護ステーションではPT、OTの「実情に応じた適当数」を認めているだけで、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けだけである。訪問回数も抑制されている。⁹⁾

(3) リハビリテーションの語源と法制の位置づけ

リハビリテーション (rehabilitation) という言葉は、語源的にはre「再び」、habilis「適する、人間にふさわしい」とation（すること）から成り立っている。¹⁰⁾ この言葉は戦後の1940年代後半に米国から導入しており、便利語に

使われて拡大・多用化してきた経緯がある。

わが国が法制にきちんと位置づけたのは1949年、身体障害者福祉法（法律283号）の「更生」で、1992年の医療法改正では、医療提供の理念（第1条2項）にリハビリテーションを包含する立場を明記している。その担い手の養成を法制化したのは、1965年、「理学療法士及び作業療法士法」（法律137号）であったが、その養成校開設第1号の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院（1963年）がこの言葉を公的使用している。そして1996年の医道審議会において、標榜診療科の名称として「リハビリテーション科」（医療法施行令第5条の11）が承認されるに至っている。医療法制定時（1948年）までは「理学診療科」という名称で当時11標榜科名の一角に存在していた。

介護保険法（平成9年、法律123号、平成18年改正）は、第4条（国民の努力及び義務）で「国民は要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と明示した。

そして第8条1項では、「居宅サービス」の中に、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを明記し、同条5項と8項で、訪問リハと通所リハの内容を規定した。

既述したとおり、厚生労働省の医療政策は方向性において医療の構造そのものを変えていこうとする取組であることが分かる。

07年4月に厚生労働省が都道府県会議で発表した資料「現状及び今後の課題」^(註1)では、第4項に「在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進」を掲げた。これは「在宅での療養生活を選択することが難しい」という問題点に対応して整理した医療政策の検討資料である。

「06年改定」で確立したのは、医療制度改革が目指す効率的で効果的に取り組む大きな柱。推進する機能分化と役割分担は理解できる内容となった。今次改定をこのような行政措置に導いたのは、同省老健局設置の研究会¹¹⁾が介護保険制度の3年間の検証を踏まえて2003年6月にまとめた報告書（中

間)に取り上げた論点が原動力となっている。この7回にわたる研究会では専門分野におけるヒアリングや総合討論が実施されており、その議事録は厚生労働省のインターネットでその都度公表されたため関係方面の関心を高めていった。見直しに導いているのは同報告書(6頁)5項中の三項であったことが考えられる。①長期間にわたる効果のないリハビリテーションが実施される傾向があること(第二項)。②医療から介護への連続するシステムが機能していないこと(第三項)。③在宅リハビリテーションが不十分であること(第五項)であろう。

(4)「維持期」リハも医療保険施設が継続してよいか

06年改定の内容を周知徹底させるうえで、通達内容を分かりやすく整理して流しているのが、医療と介護、二つの保険給付の対応のシステムを指導した厚生労働省通達の「留意事項」¹²⁾である。

医療保険のステージでは、まず①発症時においてリハビリテーションの説明。そしてリハ実施計画を説明する際に、急性期・回復期、及び維持期について内容の違いを十分に説明し、身体機能が改善されて維持期となった場合については、介護保険リハに移行することの説明を求めており、②医療保険リハビリテーションの終了後は、速やかに介護保険におけるリハビリテーションを受けることが重要であることの説明の段階から、患者が要介護認定又は要支援認定(以下「要介護認定」という)を受けているかどうか、確認して計画的な支援を行うこと等、介護保険サービス利用の支援を(医療保険終了時に)求めている。

そのように医療保険終了時における一連の説明・指導を具体的に(医療現場に)指導しているなかで「当該医療機関における維持期リハの継続実施」を留意事項で明記しており、これは本稿が、今後の課題を明らかにしていく論点である。

「06年改定」の措置は、二つの保険給付の対応で「維持期」を設定して分離したけれども、終了後に継続する「維持期リハ」も、当該医療保険機関に

において実施するよう求めている。そして「急性期リハから維持期リハまで、継続して一貫してリハビリテーションを当該保険医療機関において実施できるよう、介護保険リハビリテーションを実施されたいこと」を指導している。

介護保険による対応に分離した維持期リハビリテーションまで、急性期リハから一貫して「実施されることを検討されたい」とした行政指導は、すでに、保険医療機関を都道府県知事が指定する「指定居宅サービス事業者に指定されたもの」とみなしての措置となっている。

介護保険（指定居宅サービス）におけるリハビリテーションは、指定訪問看護ステーションによる訪問看護（指定居宅サービス基準第60条第1項第1号、看護業務の一環としてPT、OT、STが訪問する場合）、訪問リハビリテーション（通院が困難な利用者に対する給付サービス、指定居宅サービス基準第76条第1項）等がある。以上の介護保険リハビリテーションに関しては、前述の行政指導の通り実施しては、医療保険の医療リハ施設依存となって、対応する医療リハ専門職スタッフとしては、終了しているリハの延長的アプローチとなり、今次改定区分の線引きを曖昧にしていくのではなからうか。

それでは「維持期リハビリテーション」とはなにか。医療機関における終了後の継続リハで、一貫したアプローチが必要なのか。「単純化すれば、生活機能の再建向上が維持期の役割といえよう」と日本リハビリテーション病院・施設協会では、次のように定義している。

「維持期リハビリテーションとは、障害のある高齢者等に対する医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療サービス）の一部を構成し、急性発症する傷病においては急性期・回復期（亜急性期）のリハビリテーションに引き続き実施されるリハビリテーション医療サービスであり、慢性進行性疾患においては、発症当初から必要に応じて実施されるリハビリテーション医療サービスである」と位置づけている。

(5) 転換期における質と基準

リハビリテーションの今次改定は既述したとおり、急性期（発症期）から一貫して身体機能の早期改善、生活機能の維持・向上を指標としてきた我が国のリハビリテーション医療の流れを三つのステージに分離して二つの保険で対応する給付に見直して、その連携を強化するという体系に移行転換させた再編を実施している。継続する維持期リハビリテーションは、介護保険法のどうした構成要素によってシステム化しているか。つまり二つの法制上の質（quality）、基準（standards）の維持が問題関心となる。

およそ良質なサービスを保障しようとするシステムは、常に次の三つの構成要素を不可欠の要素として備えている、とする河野正輝の指摘¹³⁾に示唆を得て、その規範的要素を用いて検討してみると、まず①法的に有効な文書化された基準。次に②サービスの質の改善を目的とする組織部内の継続的なモニターと評価の仕組み。そして③サービス基準の達成度について組織部外者による客観的な定期検査の仕組みが必要である。

以上、この3要素に照らして今次改定における転換をみると、まず、リハビリテーションを3ステージの流れに改定した「維持期リハ」の理念のとらえかたに関心が向く。介護保険による対応への理念の転換である。これについては改定内容の周知徹底を図った前述の厚生労働省の再通達（06年12月25日、老老発第1225003号）は、「介護保険で提供される維持期のリハビリテーション」については、「身体的に機能の大幅な改善が見込まれない者等について、日常生活を送る上で必要となる機能の維持及び向上を主たる目的として行うものであること。その提供されるリハビリテーションは、

- 1) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において提供される施設サービスのリハと、2) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の居宅サービスのリハ、により構成されている。居宅サービスのリハ、により構成されている居宅サービスのリハについては通所によるリハビリテーションが基本であるが、①通所によるリハを受けることができない場合、②通所によるリハのみでは家内におけるADLの自立が困

難である場合における家庭状況の確認を含めた介護予防訪問リハの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合、については訪問リハが提供されること」等を明示している。

そして「介護保険リハについても、医療保険におけるリハと同様に、医師の指示のもとPT、OT、ST等の専門職が提供するものであること」として、介護保険リハについても短期集中リハ等においては個別リハが実施されるとしている。

以上が文書化された行政指導である。それによれば、改定給付体系における終了後のリハビリテーションは、そのステージで維持期リハとしてその現場スタッフが目標・リハの内容・方法等を具体化する展開となる。ところが介護保険給付への転換で、行政が留意事項としたのは回復期から「一貫した内容」である。疾患別に区分して、給付時間に上限を設けた時間的区分の意味はどう理解できるのか。

医療保険給付の終了時において、そのまま継続すれば、利用者による介護保険サービス（介護支援専門員）の選択は出来るのか。選択権を奪うのではないかという視点が必要となってくる。当該保険医療施設の医療法人病院等は地域包括支援センター（自治体委託）を併設している例は珍しいことではない。熊本県では、同センターは平成18年2月現在、全県75ヵ所設置され、その中で熊本市に設置されている26ヵ所のうち地域包括支援センターを病院に併設している施設が60%を超えている。したがって、複合体的な「1病院完結型」^(注3)のリハビリテーションの継続の形にも見える。

介護サービスに関する良質保障の検討も重要である。介護保険リハ制度における業務内容の品質管理に関心を向けなければならない。この品質保障を本稿が取り上げるには行政措置の高齢者リハ研究会（第5回、03年11月17日）で議論となった「介護リハビリ専門職の卒前、卒後の研修課題」を引用しておきたい。

〔① 訪問リハビリテーションは介護保険ファンドから支給される重要なものであり、リハ専門職がリハビリの指導を行う。これはかなり効果的

な機能回復や機能維持が得られるのではないかと。疾病によってはエンドレスに継続される必要があるため、退院時（医療保険終了時）に、動画をCDに用いて、かかりつけ医、訪問看護ステーションに送って『訪問リハ』の継続を効果的に継続する必要がある。

- ② OT、PTのようなリハビリ専門職は、ケアマネジャーの求めに対しては、十分な卒前、卒後の教育研修がないと、それを地域の中で生かせない。現在のPTの76%が医療機関に勤めていて、訪問看護ステーションで活動しているのはわずか1%でしかないという現状があって、訪問リハを展開していくには、PTあるいはOTの目が、その方向に向いていない。専門職の養成、あるいは確保を着実にやっていくということだけでなく、在宅の方向へ向った質的な養成教育ということも取り上げて頂きたい。
- ③ 卒後教育の一環としても積極的にかかわっていくという姿勢がそこに含まれていいのではないかと

以上の議論^(注4)では、病院に圧倒的に専門職が集中しているという偏在の問題がある。専門職のアプローチが、研修教育（介護サービスの維持期担当）を必要としている当面の課題を提起している現場からの発言だが、行政措置はそれを生かしてはいない。急性期・回復期医療の流れを一貫して維持期のアプローチとして求める行政措置は、質の改善を目的とする継続的転換点には見え難い。

2. 「維持期」リハの基本問題

(1) 在宅重視の自立支援

急性期・回復期及び維持期の3ステージに改定し結局、「一貫したリハビリテーション」の流れを指導した形である。その方向性を展望するうえで、「維持期」と称するステージ区分に対する批判も生まれてきているが、これについては規範的観点に立たせる行政通達¹⁴⁾があり、それは前述した通り。

制度は介護保険に移行して継続するが、リハビリテーションの手は変えな

い、とする措置に見える当該医療機関給付による一貫性は、指定居宅サービス事業所の「当該指定に係る申請手続（都道府県知事）」を不要としたのである。したがって、厚生労働省の平成17年医療施設調査（11月30日発表）¹⁵⁾によると、病院の診療科目区別でリハビリテーション科を持つ施設は5,093施設、同標榜の一般診療所1,184施設となっているから医療保険機関の病・診約6,200施設が維持期リハを担う介護保険指定リハビリテーション事業所に指定されて全国展開しているとみれる。

介護保険サービス開始が成立するまで、介護という行為を「公」が提供する場合は、介護サービスとして医療・保険・福祉というそれぞれの制度から提供されてきた。

したがって、医療の場合は「治癒」という成果を、より促進するために付随して提供されてきたのが「介護」であったと考えられてきているし、その成果である病気の治癒と互に補足する関係であったとしても、そのために提供されるサービスの主たる内容とはならず病気の治癒によって提供されなくなる行為であったと言える。「従来の介護サービスの特徴」を取り上げているのは筒井孝子¹⁶⁾である。

維持期リハをめぐる各論をこれから整理していくためには、この点をどのように定義されるのが適切かを問題意識とする必要がある。

要するに介護保険制度の導入がリハビリテーションを大きく変えた、と論じるのが大川弥生¹⁷⁾で、リハビリテーションの対象が広がり、従事する人たちも増えたが、量的に拡大した反面、質（quality）的には見直しを要することが分かってきた。そうした重要な変化は平成15年4月の介護報酬改定で起こった、と論じている。つまり、「この改定による舵取りがなされたことで、介護保険リハビリテーションを維持期対応の制度とするのは誤解である」と指摘するのが論点である。

リハビリテーションを正しく理解することで、その本来の力が十分に発揮できるケアプランを立案することができる、として「最大のポイントは『維持』のためではなく、利用者の『生活機能を向上する』ために役立つということ

である」と論じている。つまり、①「維持」が目的であるとするのは誤りで「生活機能」（特に「活動」）の改善と向上をはかることが十分に可能である。

- ② 介護保険リハビリテーションを維持期の対応とするのは、機能の維持を目的とする「維持的リハビリテーション」であるといった考え方である。これは機能回復訓練がリハビリテーションであるとする誤った考え方に起因するもので、高齢である介護保険の利用者には機能回復は見込めず、（心身機能の）維持がやっただという消極的な考え方だ。維持するためにはリハビリテーションの継続が必要だとの誤解も伴っている。
- ③ リハビリテーションとは機能回復のみを目指すものではなく、活動や参加（生活と人生）に直接働きかけて向上させることを重視するものである。そして直接「活動」を向上させ、それによって「参加」を向上させる技術やプログラムを豊富に有している。
- ④ 総じて言えば、介護保険サービスの利用者であっても、決して機能維持しか望めないのではなく、本来のリハビリテーションの目的である「活動」と「参加」の向上の可能性は非常に大きい、と評価している。

(2) ICF理念の研究

そして、平成15（03）年4月の介護報酬改定の際、特にリハビリテーション関連事項に対する「国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning Disability and Health）」（WHO、2001年）¹⁸⁾の理念の影響は大きいと大川はみる。ICFの理念は本来、リハビリテーションの理念・技術・プログラムを理解するうえで不可欠となり、我が国のリハビリテーション医療界（とくに地域リハ推進機関等）でも、従事するリハ専門職たちの知識に取り上げたいとして、インターネットのリンク集に全文を入力して身辺で読ませるなど手掛りにしている都道府県もでてきた。「地域リハお役立ちリンク集」にICFが加わってきたのである。

ICFの目的で最大なものは、異なる領域の専門家同士、専門家と利用者、患者、そしてそれらの人々と行政等の相互理解のための「共通言語」として

の位置づけである。

ICFには「生活機能」を総合的に把握するための実践的なツール（道具）としての意味あいも大きいし、統計・教育・研究等の広い目的にも使いうるものである。ICFの特徴は「活動」において「実行状況」（performance）と能力（capacity）を明確に区別していることで、これは「している“活動”」と「できる“活動”」の概念の一致だとし、活動における実行状況と能力を区別している。それを明確に区別するとともに、両者に対する向上への働きかけを連携して行うことを重視している。PTやOTだけでなく看護・介護職及び在宅における家族による「している“活動”」への働きかけを重視する。こうしたICFの概念を大きく取り入れたことは心身機能偏重ではなく、生活（「活動」）、人生（「参加」）を重視して、利用者・患者を全人間的にみることへの転換。

「リハビリテーション（総合）実施計画書」の活用、利用者の自己決定権を尊重したりリハビリテーションとし、「在宅重視と自立支援」を個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上を実現するという基本的な考え方に立ったもので、「03年改定」がその方向への改定であったと受けとめていた人たちの観点は、「維持するためにはリハビリテーションの一貫した実施が望ましい」とした行政の維持期対応の措置に対しては新しい問題関心の視点ができるにいたっている。

3. 居宅リハ専門職の地域開業

(1) 在宅リハセンター構想と医療施設

WHOは1981年「リハビリテーションは能力低下および社会的不利をもたらす状態の影響を軽減し、能力低下のある者（disabled）および社会的不利のある者（handicapped）の社会的統合を目指す、すべての手段を包含している」として、「彼らの家族及び彼らが生活している地域社会は、リハビリテーションに係るサービスの計画と実行に関与すべきである」¹⁹⁾と記していた。国際的にも、リハビリテーションには、地域性が軸に存在している。

2001年に「地域リハビリテーションの定義」²⁰⁾をまとめた日本リハビリテーション病院・施設協会は「地域住民も含めた総合的な支援がなされなければならない」と地域性を啓発しているが、リハサービスは「急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある」としている。それは、介護保険制度に移行して質的な変化、そして役割と機能分化が生まれてきているはずである。回復期リハ病棟や障害者自立支援法などの新設も進歩前進した要素であることは認識的視点であり、将来の課題を新たにできる。行政措置は新給付体系で第3ステージに分離した維持期リハを、遅滞なく効率的に「当該医療保険施設で一貫して継続せよ」と指導したが、その点、効率化しても量的には拡大し、質的には新しい問題を生じているのではないか。改定年度内で異例の一部改正も実施した。

リハ現場が引続き次の介護保険サービスを担当する（事業所要件も確保した）、そのリハは、はたして介護保険制度におけるリハビリテーション効果を十分に発揮できるか。介護保険制度による、介護リハは、「維持のためのリハビリテーション」という措置の基本姿勢からどのような見直しが展開していくか、まず介護リハの理念の明確化が問題関心である。

地域リハビリテーションの推進について、「在宅リハセンター」の創設を考えている日本リハビリテーション病院・施設協会は、在宅リハの要とするこのセンターの構想をまとめている。²¹⁾

それによると①リハ科を標榜している保険医療機関であること。②在宅リハ、通所リハ、訪問リハを実施していること。③在宅リハに関する相談窓口を設置し、専任の担当者を配置すること。④一定のリハ医学の研修を受けたリハ科の常勤医師を1名以上配置すること。⑤リハ科の医師は、在宅主治医（かかりつけ医）の依頼に応じ適切かつ十分なりハの支援を行うこと。1）外来診療・往診などにより通所リハ、訪問リハ、短期入所リハなどの適応の有無を判断し、リハ実施計画を策定し、在宅主治医に報告すること。2）必要に応じ、外来リハ、通所リハ、訪問リハを提供すること。

⑥ 上記を満たす診療所・病院については「在宅リハセンター」の標榜を

すること。

以上は、要件（案）として発表したものである。

この要件（案）による在宅リハビリセンターは、現在、国が推進している地域リハビリテーション支援事業による医療圏指定の地域リハ支援センターレベルの施設（旧制施設基準の上位ランク）が考えられているのではないか。その施設は1999年から厚生労働省が支援体制マニュアルを発表して全国展開で推進中の、いわば官制の地域リハ支援拠点である。

在宅リハビリテーションの機能強化についてもリハ医療界は、そうした展開でリハ医療の継続を発想している。リハの流れが3ステージに制度化しても、国（行政）もリハ医療界も維持期を介護保険領域で確保する新制度における変革には足踏み中としか見えない。医療保険施設依存から脱却できないのでは、PT、OTたち専門職スタッフを地域的バランス配置の展開に構築することもできないのではなからうか。

(2) リハ専門職の施設偏在

リハビリテーション専門職スタッフのPT、OT、STがリハビリテーション標榜の保険医療機関、医療法人施設に集中的に偏在している問題の議論は残ったままだが、改編で介護保険領域の維持期に移行した後は、その偏在情勢も制度的に解除してバランスを確立していくのが改革である。リハ医療の病院・施設組織が、リハビリテーション維持期も医療施設給付に残すのは保守的に見える。

その点、リハビリテーション医学会の立場はそうではない。「疾病（病理）を対象とする医学モデルに立脚する医療と、障害の社会モデルを取り込んだ国際生活機能分類（ICF）における障害を対象とするリハビリテーションでは法制度の位置づけがかなり異なっている。理学療法や作業療法を含めてリハ医療の多くは、疾病や負傷そのものの治療ではない。費用負担からみればその多くは、医療保険よりも社会福祉や介護保険に位置付けられている」²²⁾と医療とリハを区分している。

自立を支援する社会保障制度として介護保険制度を導入し、そのリハを第3ステージに移行させた以上、給付システムもそれに適応した変革を構築しなければ、行政措置が足を引いている形が消えない。リハビリテーションの専門職スタッフについても一定要件を加えて開業権を付与することで、施設偏在も解消へ向いてきて地域定着など新しい展開が生まれてくるはずであり、それが変革である。

PT、OTの開業権付与については、すでに行政が設置した研究会等でも議論となり公開されたし、リハ医療を推進してきたリーダー的リハ医の著書も具体的に提言している。現法制を改正して主治医（かかりつけ医）と連携したアプローチを改正要件とすれば、開業の道は開かれていくはずである。

リハビリテーションの地域資源は、スタッフのリハ医を筆頭に専門職としてPT、OT、STたちである。厚生労働大臣が定める施設基準の通則（06年改定：厚生労働省告示107及び171）に基づく要件に従って、医療保険及び介護保険等による各施設基準の要件を充足させて、勤務している。

(3) 地域に根付くりハ資源確保へ

それらリハ専門職等の現状は厚労省設置の研究会²³⁾の04年報告によると、専門医813人、PT約3万7,000人（需要：約4万6,000人）、OT約2万4,000人（需要：3万3,000人）となっている。（STは1997年制定）。所属別割合は、PT（総数2万6,047人）が病院・診療所76%、その他も施設（老人保健、特養、児童福祉、行政、教育等）で、訪問看護ステーションが1%となっていて、90%以上は施設勤務。OT（総数1万5,193人）も、病院・診療所58%、その他は施設（老人保健・特養等）で、訪問看護ステーションが1%。ST（総数3,030人＝01年12月）は医療67%、福祉14.3%と、ほとんど施設勤務である。要するにリハ資源は施設が占めていて、施設に偏在している形が現状である。

なぜ、リハ専門職スタッフが施設に（集中的に）偏在しているかということ、自由開業権を持つ医師（助産師も：医療法7条、8条）は別として、PT、

OTたち専門職は開業権がないからである。

PT、OTは厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士（または作業療法士）の名称を用い、医師の指示の下に理学療法（または作業療法）を診療の補助として行う者（理学療法士及び作業療法士法2条、3、4及び15条）としての法制による施設勤務がほとんど。STも若干異なる法制で開業権はない。しかし、中央では制度改革の議論の中でPT、OTに対する開業権付与は取り上げられている。

先述の厚労省設置研究会は、その中間答申の検討過程（第5回）²⁴⁾で、このPT、OTの独立開業を議論している。

澤村参考人（兵庫県総合リハビリテーションセンター）の提案

「訪問リハによる診療報酬・介護報酬の適正化をもう一度考えなくてはならない。最後には、PT、OTの開業権も視野に入れたことも考えるべきであって、かかりつけ医との連携というか、かかりつけの先生方が、うまくPT、OTの技術を上手に利用できるようなシステムを住民サイドに立って考えていただきたい。それと同時にPT、OTの現在の地域リハビリ、生活支援における教育が、まだまだ不十分であろうと私は思う」と発言。著書²⁵⁾でもこの提案を具体的に論じている。

その点、日本理学療法士会の代表委員も「現在、PTの76%が医療機関に勤めていて、訪問看護ステーションで活動しているのは、わずか1%でしかないという現状があって、訪問リハを展開していくには、PTあるいはOTの目がなかなかそっちの方向へ向いていないというところがあるかと思う（筆者、略）。PT、OT、STの養成、あるいは確保を着実にやっていくということだけではなくて、在宅の方向へ向かった質的な養成、教育ということも文言（報告書）として入れていただき、教育の場でも、あるいはその卒後教育の一環としても積極的にいかかわっていく姿勢が、そこに含まれていいのではないかと思う」と提言している。

(4) 居宅リハ専門職の研修・教育

居宅リハ専門職（仮称）を制度化すべきという声が高まってきたなかで、議論されてきたのは次の要件である。

- 〈1〉リハビリテーションを標榜する専門病院等施設でチーム医療に専属して10年以上の職務経歴を持つPT又はOT、ST。
- 〈2〉（要件を満たして志望すれば）一定のカリキュラムを経て病院における研修を受けた後、地域の訪問リハビリテーションでの研修を終了していること。
- 〈3〉澤田誠志説によると、カナダではPTの半数が開業権をもって地域で活動していることから、教育レベルを医師レベルに上げるとして、2010年には6年制にすることが決定しているという。居宅リハ専門職（仮称）は、住宅改修、福祉用具の実施・選択に向けてもその専門職としての関与が必要で、そのためには十分な研修と経験が求められており、ケアマネジャーに対する専門職としてのアドバイスと協働が望まれるとしている。リハスタッフ専門職のなかに、在宅リハ事業志向が一部に強まっていることも見落としてはならない。

05年3月に創立10周年を迎えた社団法人熊本県理学療法士協会が編集発行した『設立十周年記念誌』²⁶⁾に会員のPTが寄せている一文にも、その熱意が満ちている。

PTまたはOTが、自分の独立事業として地域に目を向け、施設を出て独立を志向していても、現法制ではその幅は大変狭くて限られている。つまり、

(1)介護支援専門員の資格を取得（厚生労働省令第35条の2、第1項で定める要件第1条）して、指定居宅介護支援事業者（介保第81条1項）となり、法人化して指定居宅介護支援事業所の指定を受ける（介保第79条）。そして指定介護予防サービス事業者の指定（介保115条の2）も受けることができる。

介護支援専門員として活動するPT、OTは、自立に向けた支援計画を立てるのに適した職種であるし、各職種をまとめ、調整できる職種である。したがって居宅介護支援事業所の法人格をもつことで居宅介護支援事業を行う

ことができるが、それは介護支援専門員事務所であって、訪問リハ・通所リハ事業所ではない。

つまり、PT、OTたちが居宅リハビリ事業に参加して活動するためには、介保第42条第1項第2号、並びに第74条第1項及び第2項の規定に基づく「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年、令37）の第60条第2節「人員に関する基準」がある。これに定める病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーション）に規定している「理学療法士又は作業療法士：指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数」があるだけである。

介護報酬の06年改定では、その領域をはっきりさせた。だが前述の通り「進んでリハの提供」を求めることはできない。

訪問した理学療法士等は看護業務としての看護師の代行としての職能に縛られた形のサービスに努めなければならないからである。

そして、指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）は「人員に関する基準」（平11・3・31厚令37-60条）で、理学療法士等の員数について「実情に応じた適当数」と定めているが、その「実情」が理学療法士等の増員を抑え、そのために利用者の需要（居宅）が縛られていることはないか。したがって訪問した理学療法士等は、リハビリテーションの理念・技術を駆使した現場の給付を行うことができないのが現状であるとすれば、法第4条の理念との接点を疑わざるを得ない。

結局、「指定訪問リハビリテーション事業所」は、病院又は診療所であって、事業の運営を行うための設備及び備品等の要件を備えているものでなければならない〔介保法に基づく基準（平11年、厚令37-77条）〕からであろう。

ともあれ、病院又は診療所の併設事業以外の指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーション）であっても、訪問先利用者の主治医による指示を文書で受けて訪問看護計画を作成し、主治医との密接な連携による訪問看護を実施できるその要件を満たすことで、理学療法士等の「指定訪問リハビリテーション」（指定居宅サービス事業者の指定）を確保できないか、その制度化

を提案したい。現行では、PT又はOTが居宅サービス事業を都道府県に届出でその指定を確保するためには、指定訪問看護事業所の要件（うち1名は常勤看護職員）をクリアして届出、指定訪問看護ステーション事業所としての居宅訪問看護をする以外は、理学療法士等の独立の道は開かれていない。

(5) 現行は看護業務の一環

介護保険サービスの地域包括支援センター窓口では「要支援」利用者等に、リハ専門職による訪問看護を求める希望が多いという。しかし、理学療法士等が「実情に応じた適当数」で常勤しても、週1回の訪問計画ではリハ専門職だけを希望に応じて訪問させることはできない。したがって月4回の訪問では、2回が看護師（または保健師）、2回がPT又はOTという訪問プログラムで運用しているのは前述の通りである。

茨城県は、02年から「県指定訪問リハビリテーションステーション」の名称制を設けて、指定訪問看護ステーションにおける理学療法士等の常勤を事業所に普及することに力を入れてきた。茨城県インターネットで同ステーションを全県的に紹介している。「訪問リハビリテーションを実施している介護保険の訪問看護ステーションが、主に理学療法士や作業療法士により居宅への訪問リハビリを実施します」と、インターネットで県民に広報しており、02年から05年にいたる同県指定ステーションは17に増えた。開設者は株式会社2、財団法人3、学校法人1、医療法人11と多彩だが、県からの補助金制度はない。

その17センターの運営状況について、推進してきた茨城県厚生総務課は、月間4回の訪問で、看護師等の訪問2回を超えることができない制約があって事業展開としては、成長するよりも行き悩んでいる。つまり、指定訪問看護ステーションの位置付けで名称だけリハビリテーションとしていても訪問回数に限界があるので、PTやOTを同センターには配置しづらい状況だという。（07、6、26筆者きき取り）。

病院等以外の居宅訪問で理学療法士たちの唯一の訪問リハコースとなって

いる「訪問看護ステーションにおける」職種別調査（平成11年・厚生省統計情報部）では、常勤従事者総数は、理学療法士・総数1,380名（常勤152、非常勤1,228）、作業療法士・総数518名（常勤73、非常勤445）となっていたが、増加方向には進んでいない。

逆に、養成校は激増してきて、1975年現在のPT養成校の20倍（定員は58倍）、OT養成校は38倍（定員は72倍）をそれぞれ超えて、さらに加速して増加中の勢いである。専門学校3年制には、4年制大学や短大課程がかなり加わってきた。平成20年度には、PT及びOT合わせると全国10万人に達しようという情報も伝わってくる。

法制化後の第1期卒業生（PT、OT）は60歳前後の年齢に達していることもあり、施設勤務20年以上のリハ専門職スタッフには、施設を出て地域に独立開業の流れを創る地域リハ資源構築の特典が動き出してよい。

そうしたリハ（医療保険・介護保険）の展開する地域に、施設を出たPT、OTたちによる「居宅リハ専門職」的な居宅訪問事業が介護保険リハとして創出されていくのは、地域にとって地域起こしの新鮮な力である。

2007年に日本リハビリテーション病院・協会が実施した訪問リハ実態調査では訪問範囲が平均13.6kmであった。訪問看護、訪問介護を大幅に上回る遠方の訪問が少なくなかったこの実績は前述した通りだが、これは訪問リハが地域格差を是正していく機能を有していることの公平性（equity）を評価すべきである。

たとえば、熊本県の事例では平成13年9月に熊本県（高齢保健福祉課）が実施した「リハビリテーション資源調査」によると、PT、OTの専属常勤配置による地域格差が判然としている。老人保健福祉圏（全11圏）の圏域別（施設）従事者の状況で、最多圏は熊本圏：PT303名（44.4%）、OT141名（41.8%）、ST38名（52.1%）。

最少圏は阿蘇圏：PT24名（3.5%）、OT4名（1.2%）、ST1名（1.4%）という圏域間格差があったのは介護保険サービスではどうなるか。

むすび

リハビリテーションの対応（給付）が医療保険と介護保険の二本立てとなっていて3年目だが、分からないことが二つある。一つはPT、OTの養成は、全国的な激増ぶりをきくのに、教育は40数年まえとどう変わったのだろうか。「維持期リハビリテーション」の学科新設が厚生労働省の認可要件となっているのかどうか。

もう一つはPT、OTたちの開業権である。介護保険による維持期ステージは居宅中心となって、その地域リハ機能は生活の自立支援となっていく。だったら、一定の研修と年齢要件に達したPT、OTたちの一部に在宅主治医との連携を条件とする開業権の付与は、現行法を改正して制度化できるはずだと思うが、なぜ検討もしないのか。

開業しても事業の不採算を考えると施設から出られない事情もあるそうだが、診療所の開業（届出）が立地環境の需要と熱意、人気に採算性が支配されると同様、利用者が求める在宅訪問リハ等の評価、人気によって事業採算も成長していくはずだろう。もちろん、政策的支援は当然で、医療圏における地域リハ広域支援センターを拠点とする地域ネットワークが前提となってくる。

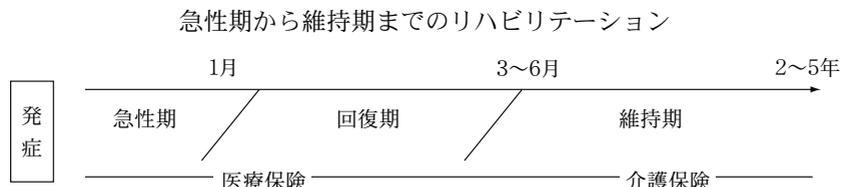
生活のなかでの医療を柱として、06年改正で創設された「在宅療養支援診療所」は、いち早く全国1万施設を超えて普及している。中学校区に1カ所を目指す「地域包括支援センター」の設置も順調な地域展開を見せてきたから、これと同数程度のPT、OTたちの地域開業が望まれる。なぜ足踏みさせているのか分からない。

富山では介護保険をベースにした「富山型デイサービス推進特区」が平成15年に国の認定を受けている。この共生スタイルは52施設まで膨れ上がり、中には施設を出たPTが開所した「にぎやか」（デイケアハウス）が話題²⁷⁾になっている。

市町村委託の地域包括支援センターも機能的に中核拠点化していくし、包括支援センター運営協議会も活発となり、中立性と透明性を高めていくこと

が期待できる。

本稿は、そうした展開をデザインしながらその糸口を考察してみたが、制度の詳細かつ運用的な構造の検討は別の機会を期したい。



4疾患系別評価体系の算定日数上限

脳血管疾患等リハビリテーション	180日
運動器リハビリテーション	150日
呼吸器リハビリテーション	90日
心大血管疾患リハビリテーション	150日

(2006年4月版診療点数表【医学通信社】17頁)

【注】

- (1) 平成19年4月17日、東京都内における厚生労働省大臣官房総務課企画官、梶尾雅宏氏講演要旨。
- (2) 理学療法士等の訪問について：理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この項において「理学療法士等」という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けのものであり、したがって、訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされることは適切ではない。（平18・老計0317001、老振、老老・同）

- (3) 中間浩一「訪問活動の開始」(『高齢者ケアとりハビリテーション』2000年、厚生科学研究所) 165頁。
 - (4) 第7回「高齢者リハビリテーション研究会議事録」(2004年1月29日) 5頁参照(厚生労働省インターネット・06.8.5)
 - (5) 浜村明德「地域リハビリテーションの定義」地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保険、福祉および生活に関わる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力しあって行う活動のすべてをいう。
1. 直接援助活動 1) 障害の発生予防の推進 2) 急性期～回復期～維持期リハの体制整備。2. 組織化活動(ネットワーク・連携活動の強化) 1) 円滑なサービス提供システムの構築 2) 地域住民も含めた総合的な支援体制づくり。3. 教育啓発活動 1) 地域住民へのリハに関する啓発。(日本リハビリテーション病院・施設協会・2001年)

【引用文献】

- 1) 厚生労働省告示第92号～322号 診療点数表(医学通信社 06・4月版) 17頁。
- 2) 熊本県医師会・熊医会報(2007年11月1日、1454号) 12頁。
- 3) 週刊社会保障 No2447号60頁(注1) 参照。
- 4) 菊池馨実「社会福祉の公共性とサービス供給体制の再編」(週刊社会保障 No2447、54頁)
- 5) 眞野行生・近藤喜代太郎『リハビリテーション』(放送大学): 20頁。
- 6) 厚生労働省発表(平成18・老計0317001)(注2) 参照。
- 7) 日本リハビリテーション病院・施設協会/2001年設立・事務所: 北九州市小倉北区篠崎、小倉リハビリテーション病院(医療法人共和会)内。
- 8) 「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」45頁(07年10月 日本リハビリテーション病院・施設協会)

- 9) 介護報酬早見表 (06年4月版・医学通信社) 69頁。(注2) 参照。
- 10) 相澤譲治編集「社会リハビリテーション論」(2005年、三輪書店) 2頁。
- 11) 高齢者リハビリテーション研究会／「高齢者リハビリテーションのあ
るべき方向」(平成16年) 6頁。
- 12) 厚生労働省老健局老人保健課長・保険局医療課長「医療保険及び介
護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」
(平成18年12月25日・老老発第1225003号)
- 13) 河野正輝「在宅ケアにおける質と基準」(ジュリスト増刊『高齢社会
と在宅ケア』1993年4月) 96頁。
- 14) 上記12) 参照。
- 15) 週刊社会保障 (No.2412 06.12.18) 42頁「病院報告」
- 16) 筒井孝子著「介護サービス論」(2001年、有斐閣) 29頁。
- 17) 大川弥生著「介護保険サービスとリハビリテーション」(2004年・中
央法規出版) 3頁。
- 18) 上記17) 同3頁。
- 19) 中村隆一『総合リハ』35巻10号・2007年10月、959頁。
- 20) 上記8) 同61頁、62頁。(注5) 参照。
- 21) 『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』(2007年、日本
リハビリテーション病院・施設協会) 60頁。
- 22) 「リハビリテーション医学白書」14頁 (03年4月、医学書院)
- 23) 上記11) 同34頁。
- 24) 厚生省設置・第5回高齢者研究会議事録 (03年11月17日) 12頁。
- 25) 澤村誠志著『実践リハビリテーション私論』(2005年、三輪書店) 93頁。
- 26) 「創立十周年記念誌」(平成17年3月、(社)熊本県理学療法士協会) 25頁。
- 27) 「健康保険」2007.7月号、69頁。

Spread of “Home-visit rehabilitation”**Role and problem of “Long-term care insurance system” strengthening****YOSHIHARA Kikuo**

This text viewed the prospect and the role of “Home-visit rehabilitation”, and proposed the institutionalization of a regional base where the spread was promoted. Therefore, it is necessary to do some verifications. “Medical fee” and “Reward for nursing care” were revised simultaneously in 2006. In two insurance systems, there is a difference in the revision concerning rehabilitation. “Long-term care insurance” is controlled though the content is improved for “Home-visit rehabilitation” in the “Health care insurance”. It is necessary to verify the reason.

“Regional Care” is stabilized by strengthening “Long-term care insurance system” and making efforts of “Home-visit rehabilitation”.